

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Isac HUBSCHER

Né le 27 décembre 1909, à Siret (Roumanie)

Quelques Considérations
à propos de 600 cas d'avortements
observés à la Maternité
de l'Hôpital Saint-Louis

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Isac HUBSCHER

Né le 27 décembre 1909, à Siret (Roumanie)

Quelques Considérations
à propos de 600 cas d'avortements
observés à la Maternité
de l'Hôpital Saint-Louis

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Qui, par leur vie de labeur et de sacrifices, m'ont appris l'amour du travail et permis de parcourir le dur chemin des études. Faible témoignage de mon attachement filial.

A MES SŒURS

Qu'elles veuillent trouver ici la marque la plus touchante de ma gratitude.

A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine coloniale
Conseiller technique du Ministère de la Santé publique
Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de police
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*A qui nous devons l'idée de cette thèse.
Hommage de notre respectueuse gratitude pour ses conseils éclairés et pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

Quelques Considérations à propos de 600 cas d'avortements observés à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

Avant-propos.

On a beaucoup parlé de l'avortement ; on en parlera encore. Il est des problèmes qui se posent à l'esprit humain depuis fort longtemps et attendent toujours une solution. Le problème de l'avortement est de ceux-là. Cette question, vieille comme l'humanité, est toujours à l'ordre du jour et constitue un sujet de préoccupation continuelle pour tous les accoucheurs, chirurgiens, législateurs, qui, avec la meilleure volonté du monde, tendent leurs efforts pour trouver une solution permettant la disparition de ce fléau social, qui tous les ans exige implacablement la santé et la vie de millions d'êtres humains dans le monde entier. Malheureusement, jusqu'ici, la lutte contre cette calamité n'a pas donné de résultats particulièrement brillants.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette question à propos de 600 cas nouveaux d'avortements. Six cents cas,

chiffre impressionnant quand on pense qu'il a été noté en une année et dans une seule Maternité de Paris.

Toutefois, nous n'avons nullement la prétention d'épuiser par cette thèse toute la question de l'avortement et nous nous proposons seulement de contribuer à l'étude de cette question par une statistique, concernant surtout l'avortement provoqué, qui est toujours le plus fréquent de tous les avortements.

L'étiologie et la fréquence.

Pajot disait : « Il y a des femmes qui avortent lorsqu'on entre chez elles et qu'on éternue sans les prévenir, il y en a d'autres qui n'avortent pas quand on les précipite du cinquième étage. »

Il est certain que l'élément fondamental est la prédisposition à l'avortement, liée, en dehors de certains facteurs mal connus, à l'action d'affections d'ordre maternel, fœtal ou ovulaire, dont il importera toujours de rechercher les signes par un examen complet : clinique, sérologique et anatomo-pathologique, la fausse couche étant souvent provoquée par une maladie générale (la syphilis, tuberculose, albuminurie, cardiopathie), une diathèse ou une intoxication exogène ou endogène.

Cependant il n'est pas douteux que le plus grand nombre d'avortements constatés et traités dans les services hospitaliers sont des avortements provoqués.

Toutefois, nous sommes obligés, pour poser le diagnostic étiologique, de nous baser la plupart du temps sur des présomptions plutôt que sur des faits, étant donné que très peu de femmes avouent avoir provoqué l'avortement par des manœuvres interdites.

A la Maternité Baudelocque, sur 2.948 accouche-

ments en 1934, on a noté 70 avortements (les avortements sont en petit nombre, car la plupart sont évacués sur le service de chirurgie). Sur ces 70 avortements, 47 ont été provoqués par une cause non déterminée, 5 par la syphilis, 4 par la tuberculose, 7 par l'endométrite, 1 par fibrome, une fois entérite chronique et 5 fois seulement par des manœuvres avouées.

M. Didier démontre dans sa thèse que le rapport des avortements pathologiquement explicables au chiffre total des avortements est de 20 %.

Brion, sur 530 avortements, a déterminé leurs causes seulement dans 161 cas.

Blondel, sur 100 cas, a trouvé l'étiologie 16 fois. Mme Ledermann, sur 767 cas, a déterminé les causes 93 fois, soit dans 12,12 % de cas.

Arthur William Meyer, dans une statistique, sur 697 cas, note 463 avortements de cause inconnue.

Quant à la fréquence d'avortements, on trouve dans une statistique de MM. Doléris et Moriey pour l'année 1912 en France, 500.000 avortements clandestins. C'est aussi l'opinion de MM. Balthazard et Lacassagne de Lyon, qui estiment d'ailleurs que le nombre d'avortements dépasse largement celui des accouchements (10.000 pour 8-9.000).

Bertillon a évalué le nombre d'avortements pour Paris à 50.000 par an. Mauclaire les évalue à 100.000. Pour Delbet, 7 % des femmes traitées dans les hôpitaux parisiens s'y trouvent pour avortement.

Guillemeau et Devilliers notent un avortement sur 4-5 grossesses.

Rimette, dans une statistique de sept années, démontre qu'il se produit un avortement sur 6-7 accouchements.

Pour Velpeau, on observe 1 avortement sur 3 accouchements. Pour Whitehead, 1 avortement pour 7 accouchements. Pour Leubel, 1 sur 12 ; pour Hufeland, 1 sur 10 chez les filles mères et 1 sur 20 chez les femmes mariées.

Schroeder note 3, 7 avortements sur 10 accouchements. Hemmerig, 1 sur 10 ; Ribemont-Dessaignes, 1 sur 5.

Didier, dans une statistique faite à la Clinique Tarnier en 1913, a noté 13,25 % d'avortements.

Vayssière, dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* de 1934, donne une statistique où on observe sur 1.351 naissances 1.843 avortements, soit 1,3 avortements pour chaque naissance.

Dans la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, nous avons observé 600 cas d'avortements en 1936 sur le nombre total d'accouchements de 2.214, soit 27,1 %.

M. le Professeur Audibert déclare dans son rapport présenté au IX^e Congrès National de la Natalité, tenu en septembre 1928 : « A la clinique d'accouchements de Toulouse, le nombre d'avortements est passé de 5 % avant la guerre à 10 % en 1920. Depuis ils se sont tellement multipliés que j'ai été obligé de renoncer à les recevoir, parce qu'ils encombraient

mes salles et qu'il ne me restait plus de lits pour les accouchées. »

Bonnaire a démontré qu'en 1927 le nombre des avortements observés dans les services hospitaliers a été 46 fois plus élevé qu'il y a 80 ans.

M. René Bergès constate, dans *Toulouse Médical* du 15 avril 1934 que pour 1.886 malades traitées au cours de ces dernières années dans un service de chirurgie, il y a eu 258 avortements, soit 13,68 %.

Dans ce même service avant la guerre, il y en avait à peine 1,13 %.

La situation n'est pas meilleure à l'étranger. La statistique de Heinemann et Lippmann montre en Allemagne 240.000 avortements en 1911 ; 500.000 en 1923 ; 875.750 en 1924 et plus d'un million en 1927. Alors qu'en 1911 il y avait 1 avortement pour 8 accouchements, le nombre de ces derniers étant de 1.526.469, la proportion tombait à 2,5 en 1923 avec 1.337.599, pour descendre à 1,5 en 1924. En 1927 enfin il n'y avait plus qu'un accouchement pour un avortement.

En Angleterre, à Birmingham General Hospital, on compte, de 1924 à 1928, 3.228 accouchements et 597 avortements.

Dans un article récent de la *Medicina Argentina*, Léopold Bard nous rapporte le chiffre de 700.000 avortements annuels aux Etats-Unis (Tayssig).

A New-York il y a pour Stavel 80.000 avortements par an.

La statistique de M. le Professeur Girywo-

Dabrowski démontre à Varsovie les chiffres suivants :

Années	Nombre d'accouchements	Nombre d'avortements	Proportion d'avortements par rapport aux accouchements
1921	3.403	1.138	1 pour 3
1922	5.917	1.100	1 pour 5,3
1923	7.108	1.761	1 pour 4
1924	7.928	1.843	1 pour 4,15

Tous ces chiffres sont évidemment bien éloignés du nombre réel, car le fait est connu qu'un nombre infime arrive à la connaissance des autorités.

L'âge de la grossesse. Parité.

Sur les six cents cas que nous avons pu étudier à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, nous avons constaté que la majorité des femmes étaient âgées de 20-30 ans. Nous avons notamment observé :

Au-dessous de 20 ans.....	36 femmes, soit	6 %
De 20 à 30 ans	356 —	59,3 %
De 30 à 40 ans	186 —	31 %
Au-dessus de 40 ans.....	22 —	3,6 %

La statistique faite dans le Service de M. le Professeur Desmarets, à Ambroise-Paré, montre que sur 341 femmes, 75,3 % ont avorté entre 16 et 30 ans ; 24,6 % entre 31 et 40 ans.

Dans la thèse de Woehling, on voit sur 252 femmes de 20-30 ans 96 avortements, soit 38 %. Sur 236 femmes de 30-40 ans, 102 avortements, soit 43 %.

Quant à la parité des femmes, nous avons noté sur nos 600 observations :

434 multipares, soit 72,3 %.

98 primipares (dont 55 II ou multigestes) = 16,3 %.

68 primigestes, soit 11,3 %.

Dans la thèse de Brion, sur 530 avortements (parité

ayant été notée 517 fois), on voit 337 multipares et 180 primipares, soit 36 % de primipares.

M. Didier a constaté sur 1.000 femmes, 295 primipares.

Frantz et Santos : une primipare sur 5 femmes. Fabre à Lyon a noté sur 130 femmes, 18 primipares et 112 multipares, soit 86 %.

En ce qui concerne la fréquence de l'avortement par rapport à l'âge de la grossesse, les opinions anciennement émises s'accordaient en général pour établir le plus grand nombre d'avortements entre le deuxième et le troisième mois de la grossesse. Tel est l'avis de Seitz, de Fevergier et de Orfila. Par contre, Briand et Claude trouvent que la majorité des avortements a lieu entre le 3^e et le 5^e mois, Varnier la place entre les 5^e et 6^e mois, et pour Mme La Chapelle les avortements se voient le plus souvent au 6^e mois.

M. Didier, dans sa thèse de 1913, trouve sur 1.000 cas d'avortements 38 % à 2 mois ; 30,8 % à 3 mois ; 7,6 % à 4 mois ; 9,3 % à 5 mois ; 7,1 % à 6 mois.

A la Maternité Baudelocque, sur 70 avortements observés en 1934, 24 ont eu lieu dans les trois premiers mois et 46 après le troisième mois.

Quant à nos 600 observations, nous avons constaté sur 470 cas où la date des dernières règles a été connue les proportions suivantes :

Age de la grossesse	Nombre de cas	
1 mois	7	soit 1,4 %
1 mois 1/2	35	— 7,4 %
2 mois	96	— 20,4 %
2 mois 1/2	69	— 10,4 %
3 mois	103	— 21,9 %
3 mois 1/2	48	— 10,2 %
4 mois	46	— 9,7 %
4 mois 1/2	21	— 4,4 %
5 mois	26	— 5,5 %
5 mois 1/2	8	— 1,7 %
6 mois	11	— 2,3 %

Le nombre d'avortements faits à l'âge de 2, 2 1/2 et 3 mois est de 52,7 %, ce qui concorde avec la statistique de M. Didier, qui trouve sur 1.000 cas d'avortements 48 % faits à l'âge de 2-3 mois.

Les dangers de l'avortement.

Tout avortement comporte certains risques, même quand il est fait par un opérateur averti, en observant toutes les règles d'asepsie nécessaires.

Il est évident que ces risques augmentent considérablement dans les avortements provoqués par des personnes n'ayant pas de connaissances médicales suffisantes, c'est-à-dire dans la majorité des avortements clandestins.

Il n'est pas rare de voir, à la suite d'un avortement, apparaître une stérilité définitive, sans même qu'une opération mutilatrice intervienne.

M. Devraigne a remarqué dans son service de Lari-boisière, que sur 211 femmes atteintes de stérilité secondaire, 100 ont fait au moins un avortement.

Sans parler de la stérilité, on observe dans la plupart des suites d'avortement, des maladies plus ou moins graves.

L'avortement clandestin est, d'après M. Audibert, « le grand pourvoyeur de la chirurgie utéro-abdominale ».

Selon Balthazard les $\frac{2}{3}$ des avortements sont accompagnés de complications (6 % de morts).

M. Mauclaire prétend que sur 100.000 femmes avortées, 11.000 présentent par la suite des métrites, salpingites, etc.

Les cas de morts ne sont pas rares. Pour M. Mauclaire, sur 100.000 avortements, 6.000 morts surviennent dans les jours qui suivent et 2-3.000 femmes meurent ultérieurement de suppurations pelviennes.

La mortalité oscille suivant les auteurs entre 4,5 % et 14 % : Doléris, 6 % ; Winter 15 % ; Kiroener 14 % ; Schottmuler 10 % ; Trente 4,5 % ; Kower 9 %.

Le Professeur Girywo-Dabrowski a enregistré à Varsovie, de 1921 à 1926, 171 décès dus à l'avortement.

Lacassagne compte sur 70.000 avortements faits à Paris par an, 4.200 morts et 30.000 sur 500.000, chiffre annuel pour toute la France.

Dans le rapport de la Section d'Hygiène de la Société des Nations consacré au problème de la mortalité maternelle (15 juillet 1930), on lit : « la nomenclature de 1929 donne une place beaucoup plus large à l'avortement, qui est à peine nommé dans celle de 1920. Cette différence n'est pas due seulement à un changement du point de vue médical, mais exprime un fait social d'une importance capital : l'augmentation de fréquence de l'avortement et son rôle en tant que cause de décès maternels devient également plus important que celui de l'accouchement à terme. »

Et voici le nombre d'autopsies pour mort consécutive à des manœuvres abortives faites à l'Institut de Médecine Légale de Paris :

En 1924.....	17
1925.....	8
1926.....	17
1927.....	14
1928.....	13
1929.....	31
1930.....	28

et à Varsovie :

En 1918.....	7	En 1923.....	21
1919.....	12	1924.....	42
1920.....	12	1925.....	45
1921.....	21	1926.....	46
1922.....	20		

Quant à nous, nous avons enregistré sur 600 avortements 9 cas où l'hystérectomie s'imposait et qui dans 5 cas se sont terminés par la mort.

En voici les observations :

N° 401. — Mme S. L..., âgée de 34 ans, IV-geste est entrée dans le Service le 6 mars 1936. Les dernières règles ont eu lieu les 14-19 janvier 1936. Elle est venue parce qu'elle perdait du sang depuis la veille. A l'entrée, on a pris sa température qui était à 41°8. Le col était ouvert. Après évacuation d'un œuf très incomplet à la pince de Bonnaire, on constate qu'il reste dans l'utérus des débris placentaires nombreux.

La très haute température accusée par la femme (40°4), le frisson qu'elle a présenté la veille chez elle, à son dire et le mauvais état général ont commandé l'hystérectomie.

Après l'anesthésie au chloroforme on a pratiqué une laparatomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert était fortement infecté et irrité. L'utérus du volume d'un fœtus de 3 mois environ était fortement infecté avec un

péritoine friable en pleine réaction infectieuse. Après une hystérectomie subtotale classique, on a prélevé l'ovaire gauche pour la greffe dans la grande lèvre. Drainage du cul-de-sac de Douglas.

A l'examen de la pièce on a constaté un utérus gros, d'aspect infectieux, rempli de débris ovulaires fétides. La femme est décédée le 8 mars 1936.

N° 194. — Mme R..., âgée de 28 ans, IV-geste a fait une fausse couche de quatre mois et demi environ. Elle avait des petites pertes sanguines pendant trois semaines, puis une hémorragie sérieuse l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Le 2 juin 1936, on lui a posé un ballon ; le 3 juin 1936 on a fait un curettage ramenant des débris placentaires. Le lendemain, comme son état général empirait et que la fièvre était montée à 40°5, on a décidé d'intervenir et on a fait une hystérectomie subtotale classique. L'ouverture de l'utérus n'a montré aucune parcelle de placenta.

La femme est décédée.

N° 195. — Mme S..., âgée de 34 ans, VI-geste. Ses dernières règles étaient du 10 février 1936. Comme elle perdait du sang depuis le 2 juin, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital où, le 5 juin 1936, on a fait un curettage ramenant des débris placentaires et fœtaux fétides.

Le 12 juin 1936, la température monte à 40°2. On pratique une hystérectomie subtotale et on trouve un utérus mou, augmenté de volume.

L'examen de laboratoire montre à l'hémoculture, streptocoques abondants. Ecouvillonnage utérin : strepte et coli. La numération globulaire prouve une anémie marquée avec une leucocytose : 3.170.000 hématies ; 13.600

leucocytes ; 70 % d'hémoglobine. La femme est décédée le 20 juillet 1936.

N° 441. — Mme V..., âgée de 32 ans, III-geste, a été accouchée en ville d'un enfant mort-né au terme de 6 mois environ. Trois heures après on l'emmène à l'hôpital à cause d'une hémorragie importante et l'état de choc. On a fait une délivrance artificielle. On donne du sérum, camphre, caféine, ergotine.

Le lendemain, la température étant à 40°3, on pratique une hystérectomie subtotale pour septicémie suraiguë. Après la laparatomie médiane, on constate le péritoine pâle, l'utérus mou, très friable.

A l'ouverture de l'utérus on trouve des masses fongueuses, putrides, dégageant une odeur abominable. On draine. Le lendemain, on pratique une aspiration dans le drain et on soumet le liquide retiré à l'examen de laboratoire, qui démontre l'existence du *Perfringens*, et streptococcus hémolytique.

L'état général est mauvais. La femme est très agitée et présente le tableau de septicémie aiguë malgré la chute de la température progressive.

Le décès survient alors que la femme est dans un état infectieux grave avec la température de 37°6.

Mme L. L..., âgée de 29 ans, VII-geste. A eu ses dernières règles le 29 août 1936. Entre dans le Service, le 7 novembre 1936, pour une hémorragie nécessitant un curettage d'urgence. Comme son état général reste mauvais et qu'elle présente un frissonnement persistant avec température à 41° on fait une hystérectomie subtotale.

L'utérus très congestionné est mou, marbré de plaques noirâtres, sphacéliques.

L'examen de laboratoire a montré une septicémie à coli.

La femme est décédée.

N° 888 bis. — Mme P. G..., âgée de 24 ans, a eu ses dernières règles, le 27 mars 1936. A été admise dans le Service le 21 mai 1936 pour température de 39°4. Elle n'a pas eu de pertes sanguines, mais présentait des douleurs dans la région lombaire. Toutefois elle a fait une hémorragie abondante le 19 mai. On a pratiqué une hystérectomie subtotale sans incident.

Sortie le 24 juin 1936.

N° 220. — Mme R..., âgée de 23 ans, primipare, a fait une fausse couche de 2 mois environ, suivie d'une hémorragie. Après une pose de laminaire on fait un curettage ramenant des débris fœtaux et placentaires fétides. L'examen de l'écouvillonnage utérin montre la présence du *Perfringens*, *staphylo* et *coli*.

Le 19 juin 1936, on décide d'intervenir à cause de la fièvre élevée. On pratique une hystérectomie subtotale.

La femme est sortie le 8 juillet 1936.

N° 522 bis. — Mme D. A..., âgée de 22 ans, primigeste, a eu ses dernières règles, le 29 janvier 1936. Elle entre dans le Service, le 24 mars, à la suite d'une hémorragie faite la veille. A son entrée dans le Service, la malade présente un ictère avec urines très foncées, selles décolorées. Température à 38°.

L'examen ne montre rien dans la région hépatique, qui n'est pas douloureuse. Le col est fermé. L'utérus ferme, peu augmenté de volume. La malade ne perd plus. Le

27 mars, la température monte à 39°8. On décide l'intervention. On fait une hystérectomie subtotale sans incident.

La malade sort le 26 avril 1936.

N° 62. — Mme D. G..., âgée de 24 ans, III-geste. Ses dernières règles datent du 21 janvier 1936. Elle entre dans le Service le 3 mai 1936. A l'examen on trouve un utérus volumineux avec un col long et fermé.

Le 4 mai 1936, on met un laminaire qui provoque l'expulsion du fœtus.

Le 5 mai 1936, curettage ramenant le placenta.

Le 12 mai, on pratique une hystérectomie subtotale pour fibrome en laissant en place l'ovaire et trompe gauches. Opération sans incident.

La femme sort le 2 juin 1936.

La lutte contre l'avortement.

Entre les théories et projets de gens qui essayent actuellement de trouver un moyen permettant de combattre efficacement l'avortement, deux courants opposés sont à considérer.

Les uns demandent des répressions de plus en plus sévères, les autres voudraient au contraire que l'avortement soit légalisé.

Les partisans de la première thèse sont les plus nombreux en France, en Angleterre, en Italie, en Allemagne.

L'article 317 du Code français dit : « Quiconque, par aliment, breuvage, médicament, manœuvres, violences ou par tous autres moyens, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement à une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 500 à 10.000 francs. » Les femmes elles-mêmes sont punies également.

De même, la loi italienne dit dans l'article 381 : « Toute femme qui se sera fait avorter par ses propres moyens ou avec l'aide d'un tiers, sera punie de un à quatre ans de prison, etc. »

Les partisans de ces lois s'opposent énergiquement à la législation de l'avortement telle qu'elle a été faite dans certains pays, en particulier en U. R. S. S., en prétendant qu'elle ne peut être que néfaste au point de vue médical et surtout aux points de vue moral et social.

Pour lutter contre les pratiques abortives, ils préconisent la création de peines plus sévères à l'égard des coupables, tout en renforçant des organisations d'assistance publique, comme des « Maternités secrètes », des « Maisons des Mères », des « Bureaux d'abandon », des « Pouponnières », etc., et en venant en aide aux familles nombreuses par l'établissement de primes à la natalité, des dégrèvements d'impôts, des exemptions militaires, etc.

Les défenseurs de l'avortement légal opposent à ces points de vue que la loi de répression est inopérante parce qu'elle n'atteint qu'un nombre infime de coupables (50 par an sur plus de 500.000) et qu'avant comme après la loi on continue à se faire avorter dans toutes les classes de la société, ce qui démontre par la pratique hospitalière, qui prouve journellement que le nombre des victimes de l'avortement criminel continue à être élevé comme par le passé, et M. le Professeur Audibert dit : « Pour ma part, je ne crois nullement à l'efficacité des mesures légales, qui se passent, si je puis dire, sur un autre plan que celui de la pratique courante », et plus loin : « Vous qui êtes persuadés que l'on ne peut rien attendre de la répression ni de la peur du gendarme, vous savez

que la mort guette les avortées, qu'une sur dix paie sa manœuvre de sa vie, que deux ou trois restent infirmes à jamais, vous le savez, vous le direz. »

Etant donc donné que l'avortement est très répandu et ne disparaîtra que lorsque l'évolution sociale l'abolira d'elle-même, en permettant, le jour où le bien-être général viendra, la création de familles nombreuses sans souci, il faut le considérer, en attendant, comme un mal nécessaire.

Et comme c'est l'avortement clandestin qui fait le plus grand tort à la femme, il serait plus logique, pour éviter des centaines de mille de victimes, qu'il soit fait par des médecins spécialisés, dans des conditions hygiéniques. Car, comme l'a déclaré le Professeur Audibert au Congrès Nataliste de 1927 : « Les fausses couches (avortements fortuits, légalement soignés par les médecins) guérissent toujours, tandis que les « avortements » entraînent des conséquences désastreuses. »

Evidemment, autoriser l'avortement ne veut pas dire l'encourager. L'avortement, même légal, reste une calamité sociale aussi bien au point de vue de la santé de chaque femme qu'au point de vue de la collectivité. Et il est clair que chaque cas devrait être motivé suffisamment par une circonstance médicale ou sociale.

Parmi les Etats qui favorisent l'avortement légal, on peut citer l'U. R. S. S., la Tchécoslovaquie, la Pologne, la Turquie.

En Suède, depuis l'année 1917, l'incarcération est commuable en amende.

En Hollande, il existe des « Offices de réglementation des naissances ».

Aux Etats-Unis, suivant M. Roubakine (*Médecine Légale*, N° 4 de 1919), l'Etat d'Ohio exempte la femme de toute punition si elle prouve que l'avortement était la conséquence d'une situation pénible.

En Turquie, dans un nouveau code criminel, la femme qui se fait avorter est complètement exemptée de punition, mais des peines sévères sont prévues pour les complices.

En Tchécoslovaquie, où d'ailleurs les peines ne sont que de 14 jours à 6 mois de prison pour la femme qui avorte, 1 mois à 1 an de réclusion pour les complices, la femme est reconnue non coupable dans les cas suivants :

1. Lorsque sa santé peut souffrir du fait de la grossesse.
2. En cas de viol avant 16 ans.
3. Quand il existe une présomption de voir naître un enfant taré physiquement ou mentalement ;
4. Lorsque la femme a déjà trois enfants, qu'elle élève seule.
5. Après cinq accouchements antérieurs.

Au Japon, il s'est formé une Association pour la réforme de la loi sur l'avortement, qui nomma une commission spéciale, qui s'est rendue auprès du Ministre de l'Intérieur pour faire valoir l'importance de la modification de la loi interdisant l'avortement et qui date de 1880 et afin de rendre légal l'avorte-

ment pratiqué pour des raisons morales sociales (en cas de viol, tromperie, maladie ou affection mentale des parents, indigence, divorce). Mais en attendant, ces requêtes n'ont pas été acceptées (*Le Siècle Médical*, 1^{er} janvier 1933).

En U. R. S. S., le gouvernement des Soviets a légalisé l'avortement le 20 novembre 1920.

L'interruption de la grossesse est gratuite dans les hôpitaux. Il est absolument interdit de pratiquer cette opération par toute personne non munie du diplôme de médecin.

Toute sage-femme coupable de pratiquer un avortement perd le droit d'exercer sa profession et est jugée par les tribunaux.

Le médecin qui aura pratiqué cette opération en dehors de l'hôpital, dans des buts lucratifs, sera déféré aux tribunaux.

Il a été possible en U. R. S. S. d'établir, dans les hôpitaux, des statistiques d'une précision rigoureuse, portant sur de très nombreux cas, et qui ont démontré que l'avortement, lorsqu'il est pratiqué en conformité aux dernières données de la science, par un chirurgien habile, s'il n'est pas sans inconvénients ni dangers, entraîne cependant moins de mortalité et de complications que l'accouchement.

Comme le dit M. Jean Marestan dans *Sciences Médicales de Marseille*, avril 1936, sur 23.000 opérations faites à Moscou, on a constaté un seul décès. Et le docteur Bogadassarow, un des plus grands gynécologues russes, qui pratique depuis dix ans, n'a per-

sonnellement jamais eu à déplorer une issue fatale. Il a déclaré qu'au cours d'un semestre, sur 6.556 avortements provoqués dans sa clinique, il n'avait enregistré que 11 complications, dont deux perforations.

La légalisation des avortements en Russie a provoqué une diminution du nombre des avortements clandestins et n'a pas empêché la population d'augmenter annuellement de 3.000.000 d'habitants par an. Le chiffre d'excédents de naissances y est le plus fort de tous les pays : 19,5 ‰ en 1926.

Ainsi les points de vue sur les moyens de la lutte contre l'avortement s'opposent. Nous ne voulons ni les discuter, ni en exposer de nouveaux. Et comme le dit M. R. Berges dans *Toulouse Médical* du 15 avril 1934, « sur ce point le médecin n'a pas à prendre parti. Par contre, il en est un sur lequel il a le droit et le devoir d'exposer ses idées. Il doit répéter sans cesse les dangers énormes de l'avortement clandestin, dangers bien connus de tous, mais que les femmes ne redoutent pas assez. Il doit aussi enlever la possibilité à des mains mercenaires de le provoquer. Au législateur de l'aider dans son œuvre ».

•

Conclusions.

1. L'avortement clandestin est toujours très répandu, malgré toutes les mesures prises.

2. Il est le plus souvent observé chez les femmes âgées de 20 à 30 ans et entre le deuxième et le troisième mois de la grossesse.

3. La pratique de l'avortement criminel se chiffre par une mortalité élevée et une morbidité prolongée, plaçant l'avortement comme facteur étiologique sur la même échelle que les maladies infectieuses les plus redoutées. Il provoque aussi fréquemment une stérilisation définitive d'un grand nombre de femmes à une époque de pleine activité génitale.

4. Pour lutter contre l'avortement, deux thèses opposées s'affrontent dans différents pays. L'une exigeant des peines sévères, l'autre voulant au contraire rendre l'avortement libre.

Vu : Le Président de la thèse,
L. TANON.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- HEILBRONN. — Remarques sur l'article 218 du code pénal allemand (Avortement thérapeutique) (*Munchen. med. Woch.*, 9 janvier 1931).
- BOUDIN (Paul). — Quels sont les textes légaux pour la déclaration des fausses couches (*La Sage-femme de France et des Colonies*, juin 1936).
- LOUP (Jean). — Avortements criminels, au point de vue médico-légal (*L'Année Méd. de Caen et de Basse-Normandie*, n° 8, août 1934).
- ROSBAT. — L'avortement légal au point de vue médical (*Schweizerische medizinische Woch.*, 2 mai 1935, p. 432).
- SIVADJANS (J.). — L'avortement au point de vue social et légal (*Vivre et Santé*, n° 183, 1^{er} juillet 1935).
- BURREL (L. S. T.). — Discussion on medical indication for premature termination of pregnancy (*Proc. Roy. Soc. Med.*, décembre 1931).
- VIGNES (H.). — Deux documents concernant la répression de l'infanticide au XVIII^e siècle (*Ann. de Méd. légale*, t. 2, 150-154, mars 1932).
- NEIPPERG (E. von). — Die Stellungnahme der römisch-katholischen Kirche zum § 218 (*München med. Woch.*, 30 janvier 1931).
- VITOUX (G.). — On ne saurait organiser l'avortement légal (*L'Hygiène Sociale*, n° 82, août 1932).
- BABADAGLY. — L'avortement chez les Soviets (*Concours Médical*, n° 19, 12 mai 1929, p. 1569).
- BOVERAT (Fernand). — L'Avortement légal en Russie jugé par les médecins russes (*La puériculture*, n° VIII, 25 janvier 1935).
- HAMANT (A.) et CUÉNOT (A.). — Etat actuel de la médecine anticonceptionnelle en U. R. S. S. (*Gyn. et Obst.*, 26, 327-336, oct. 1932).

- MAHESTAN (Jean). — L'Avortement légal en U. R. S. S. (*Revue de Vulgarisation clinique et thérapeutique des Sciences Médicales*, avril 1936).
- PLATON (Charles). — L'Avortement légal dans la République des Soviets (*Revue de Vulgaris. Sciences Médicales*, décembre 1934).
- VIGNES (H.). — La prophylaxie anticonceptionnelle en U. R. S. S. (*Le Progrès Médical*, n° 34, 22 août 1931).
- CHARLES (N.). — Primipare à quatre mois et demi de grossesse ; œdème, albuminurie, éclampsie, avortement spontané, curettage, guérison (*J. d'Accouchement*, Liège, 1907, XXVIII, 10).
- LUCAS. — Bicyclette et grossesse ; quelques considérations pratiques (*J. de Méd. et Chirg. Prat.*, Paris, 1898, LXIX, 881-886).
- MOREL (F.). — Le grave problème de l'avortement thérapeutique (*Revue médicale « Guérir »*, n° 34, 15 février 1934).
- DECANTE (Georges). — Avortement et traumatisme accidentels (Thèse Paris, 1932, Edit. Monysset, à Paris).
- CHAMPETIER DE RIBES. — Discussion sur la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive (*C. R. Soc. d'Obstét., de gynécologie et de Pédiat. de Paris*, 1906, VIII, p. 128).
- TOURNEUX (I. P.). — La gravité des avortements provoqués (Soc. de Méd. de Toulouse, 21 juillet 1920 ; *Toulouse Médical*, 15 décembre 1920).
- VIGNES (H.). — Dangers et inconvénients de l'avortement artificiel (*Concours Médical*, 21 octobre 1938).
- DEMELIN (L.). — Des avortements au premier trimestre (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, t. CV, 10 mars 1934).

